CONSIDÉRATIONS

N° 181.

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR N.-J.-ABEL ROBERT.

« Quidquid præcipies, esto brevis; ut citò dicta
« Percipiant animi dociles. . . . . »
HORAT., Ars poet.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, Examinateur.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD, Suppléant.
	CHOMEL, Président.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier, Examinateur.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir), Examinateur.	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné), Suppléant.
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

T

A MA MÈRE.

Gage de ma vive amitié.

A MONSIEUR MOUGEOT,

Docteur en médecine; ancien Médecin des armées; Médecin en chef de l'hôpital civil de la ville de Chaumont (Haute-Marne); Membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Témoignage de reconnaissance.

Peritus et sagax, ad scientias medicas meam primus mentem intendit.

N.-J.-ABEL ROBERT.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/considerationssu0005vari_g2s8

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE.

L'affection typhoïde, qui depuis si long-temps a été pour les médecin un sujet d'observation et de controverse, a reçu des noms différens : selon qu'on a pensé qu'elle était produite par telle ou telle cause, par telle ou telle lésion, on l'a appelée *fièvre grave*, *fièvre putride*, *fièvre adynamique*, *fièvre maligne*, *fièvre ataxique*, *fièvre entéro-mésentérique*, *dothinentérie*, *entérite folliculeuse*, *gastro-entérite*, etc. Enfin dans ces derniers temps on lui a imposé la dénomination d'*affection typhoïde* : ce nom, qui ne laisse rien préjuger sur la nature, le siége, les causes et le traitement de la maladie, nous semble devoir être préféré, et nous le conserverons.

Étiologie.

L'étiologie de l'affection typhoïde est extrêmement obscure ; on a pensé que le séjour récent dans une grande ville, le changement de nourriture, l'entassement dans des lieux étroits où l'air se renouvelle difficilement, la misère, le découragement, les affections morales

tristes, les excès de tout genre, pouvaient la développer, surtout chez les sujets d'un tempérament sanguin. Mais la plupart des individus qui sont exposés à ces causes délétères n'en sont point atteints; elle attaque aussi souvent, dans les grandes villes, les personnes qui y sont nées, qui habitent des maisons spacieuses bien aérées, et qui jouissent de toutes les commodités que donne la fortune, que celles qui sont dans des circonstances opposées. En province, où la plupart des causes qu'on a assignées n'existent pas, l'affection typhoïde est presque aussi fréquente que dans la capitale, et y est tout aussi funeste. Il est donc plus que probable que ces causes sont pour peu de chose dans la production de l'affection typhoïde; mais nous pensons qu'elles ont une influence très-grande sur la marche, la durée et les symptômes de la maladie, qui est toujours infiniment plus grave chez les personnes qui ont été plus ou moins long-temps exposées à l'action de ces causes débilitantes.

L'affection typhoïde attaque de préférence les sujets jeunes et d'un tempérament sanguin; on a avancé qu'elle n'attaquait jamais les personnes âgées de moins de seize ans. C'est une erreur; de nombreux exemples prouvent le contraire; je citerai de préférence les suivans :

Alph...., âgé de onze ans, né à Paris et l'ayant presque toujours habité, entra en 1831 dans une des institutions les plus renommées de cette ville, tant sous le rapport de l'enseignement que sous celui de la salubrité; après un séjour de quelques mois dans cet établissement, il fut pris de tous les symptômes d'une affection typhoïde grave; les soins les plus assidus, les conseils les plus éclairés ne purent le sauver: il fut enlevé à la tendresse de sa mère, à la suite d'une hémorragie intestinale foudroyante, quinze jours après le début de l'affection. On trouva à l'autopsie une altération très-grande des glandes de *Peyer*.

Jean-Remy, âgé de dix ans, né à Meures (Haute-Marne), fut atteint, le 12 mai 1832, de l'affection typhoïde épidémique qui régnait dans ce pays à cette époque; après avoir présenté tous les symptômes caractéristiques de cette maladie, il mourut le quinzième jour et offrit

à l'autopsie huit ulcérations des glandes de *Peyer* au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

Thyebault, jeune fille âgée de huit ans, née au Puitz-des-Maizes (Haute-Marne), et y demeurant, fut prise, en 1832, d'une affection typhoïde grave, qui, entre autres symptômes, présenta un mutisme complet qui persista pendant vingt jours. Son état s'améliora sous l'influence d'une médication tonique et révulsive, et elle entra en convalescence après la formation de deux abcès sur la hanche gauche, et une éruption furonculeuse environnante.

Dans ce cas, où l'autopsie n'a pu démontrer le caractère anatomique de la maladie, on pourrait penser qu'il n'y avait qu'une gastro-entérite simple, à laquelle sont si sujets les jeunes enfans; mais l'indécision cessera lorsqu'on saura que cette jeune fille n'est tombée malade que lorsque déjà trois de ses parens, habitant la même maison, étaient atteints de l'affection typhoïde bien caractérisée, et qu'ils servirent de point de comparaison pour asseoir le diagnostic de la maladie de cette enfant. Ces exemples prouvent d'une manière incontestable que la fièvre typhoïde peut atteindre les sujets âgés de moins de seize ans ; l'analogie porte à croire qu'elle peut sévir sur les très-jeunes enfans.

Symptômes.

Nous diviserons la marche de l'affection typhoïde en trois périodes, non qu'elles soient constantes et toujours faciles à distinguer, mais pour mettre plus d'ordre, de clarté et de précision dans l'exposition des symptômes aussi variés que nombreux de cette maladie.

Première période. L'affection typhoïde a rarement une invasion subite ; elle est presque constamment précédée d'un état de malaise croissant; la démarche est chancelante, l'appétit diminue, l'esprit est triste et abattu ; le sommeil ne dissipe point la lassitude, il semble, au contraire, l'augmenter ; au bout d'un temps plus ou moins long, sur-

vient un frisson accompagné ou non de tremblement, et suivi de chaleur ; ce frisson se renouvelle à plusieurs intervalles, ordinairement plusieurs jours de suite ; puis les lassitudes universelles augmentent ; il y a de l'anorexie, le plus souvent des douleurs abdominales suivies ou non d'évacuations liquides, de la lenteur dans les mouvemens ; la faiblesse n'est nullement en rapport avec les symptômes ; bientôt cette faiblesse augmente, la peau se sèche, le pouls prend de la fréquence, il survient de la céphalalgie, des vertiges, des tintemens et des bourdonnemens d'oreilles ; les yeux sont injectés et larmoyans, la face est colorée et présente un aspect particulier d'abattement qui est constant dans cette maladie, dont il forme un des principaux symptômes : on lui a donné le nom de *stupeur ;* les malades sont indifférens à tout ce qui les entoure, leur mémoire se perd peu à peu. La langue est le plus souvent dans l'état normal ; quelquefois elle est rouge et sèche ; il peut survenir vers le dixième jour de la maladie, rarement au début, des symptômes gastriques ; des nausées avec ou sans douleur épigastrique, des douleurs épigastriques sans nausées ni vomissemens, enfin des douleurs épigastriques avec vomissemens de matières fades ou de matières amères et verdâtres. A cette époque, les douleurs abdominales ont cessé de se faire sentir, ou sont obscures et se bornent à la région iliaque droite ; les selles sont quelquefois abondantes, d'autres fois elles sont nulles ; le ventre est légèrement météorisé. Il survient souvent dans cette période des épistaxis qui ne diminuent que très-rarement l'intensité de la céphalalgie ; il se développe presque constamment, vers le huitième ou le dixième jour, deux espèces d'éruptions : l'une consiste dans l'apparition de taches rosées, lenticulaires, peu proéminentes, disparaissant par la pression, se manifestant sur le ventre, la poitrine, le cou et les bras : ce sont les taches typhoïdes, qui ne se rencontrent en grand nombre que dans la maladie qui nous occupe. La deuxième espèce consiste dans l'apparition de vésicules formées par l'épiderme soulevé par une gouttelette de liquide transparent ; on les remarque aux mêmes endroits que les taches typhoïdes : ce sont les

sudamina ; ils se rencontrent dans d'autres maladies que l'affection typhoïde ; il n'est point rare de trouver aussi des pétéchies.

Deuxième période. Le décubitus a lieu constamment sur le dos ; les malades sont d'une faiblesse extrême, ils semblent *couler* vers les points les plus déclives de leur lit ; la face commence à pâlir ; l'état de stupeur est plus marqué ; les malades ont des vertiges qui ne leur permettent pas de s'asseoir sur leur lit, ils tomberaient si on ne les soutenait dans cette position ; ils ne répondent que difficilement et avec une lenteur extrême aux questions qu'on leur adresse ; ils ne semblent voir les objets qu'à travers un nuage ; l'ouïe est obtuse, il y a souvent surdité complète ; il y a de l'insomnie ou un sommeil troublé par des rêves fatigans, du délire tranquille ou avec agitation : quelquefois c'est un délire furieux qui oblige à attacher les malades dans leur lit ; ce délire peut n'avoir lieu que la nuit ou se montrer pendant le jour ; il peut être continuel ou alterner avec un coma plus ou moins profond. Il y a des soubresauts dans les tendons, la peau se sèche de plus en plus, le pouls donne 110 à 120 pulsations par minute ; les lèvres sont sèches, les dents encroûtées ; la langue est sèche, brune, fendillée, tremblante ; souvent cependant elle est dans l'état normal ; il peut se faire aussi que le malade ne puisse la pousser au-delà de l'arcade dentaire, ou qu'après l'avoir poussée hors de la bouche il oublie de la retirer. Le ventre se météorise, la région iliaque droite est douloureuse à la pression, les selles sont liquides, noirâtres : souvent elles sont involontaires ; il en est de même de l'éjection de l'urine ; cependant il peut y avoir rétention de ce liquide, qui ne coule plus alors que par regorgement : il est facile de s'assurer de cet accident en palpant l'hypogastre. Il peut survenir à cette époque des hémorrhagies intestinales ; il n'est pas rare de voir se renouveler les épistaxis. C'est ordinairement vers la fin de cette période que la surface des vésicatoires se gangrène, qu'on voit apparaître des parotides, des ulcérations du sacrum, des grands trochanters, et de toutes les parties soumises

à une forte pression ou en contact continuel avec les matières fécales et l'urine.

Si la maladie tend à se terminer d'une manière heureuse, le délire cesse, les symptômes nerveux diminuent d'intensité, les selles ne sont plus involontaires; la peau perd de sa sécheresse; la circulation se ralentit, la langue s'humecte et se nettoie; la figure reprend une expression plus naturelle; l'œil est en rapport avec les objets extérieurs; l'intelligence renaît, le malade goûte quelques heures de sommeil; les escharres gangréneuses s'entourent d'un cercle inflammatoire. Si la maladie doit avoir une issue funeste, on voit se manifester les symptômes suivans :

Troisième période. L'altération des traits se prononce davantage; un amaigrissement pour ainsi dire aigu s'empare de toute l'habitude extérieure du malade; au délire, qui est continuel, se joignent des soubresauts des tendons plus fréquens, des mouvemens spasmodiques des muscles de la mâchoire inférieure et de toute la face, une contraction permanente de tous les muscles. Dans certains cas, le malade n'a qu'un délire tranquille; il est dans son lit comme une masse inerte et incapable de mouvemens spontanés; sa peau est insensible à tous les excitans, et si on lui pince fortement le bras il ne fait aucun effort pour le retirer. La peau, qui est le plus souvent sèche, se couvre quelquefois d'une sueur froide et visqueuse; la langue est noire, la déglutition très-difficile et souvent impossible; le météorisme est plus prononcé, les selles involontaires sont plus abondantes; la respiration est petite et faible; le pouls, à peine sensible, est d'une fréquence extrême : la mort arrive dans un état convulsif, dans lequel le malade pousse quelquefois des cris aigus; d'autres fois le passage de la vie à la mort se fait d'une manière insensible.

Il est rare que dans cette affection les phénomènes se succèdent dans l'ordre que nous venons de les décrire; ils se présentent de mille façons diverses, et de leurs différentes combinaisons naissent les symptômes des fièvres des anciens : ainsi, qu'au début la peau soit chaude, hali-

tueuse et injectée, le pouls large et plein, la face colorée et les yeux larmoyans, ce sera la fièvre *inflammatoire, angéioténique, synoque putride;* que la céphalalgie soit intense, la soif vive, la bouche mauvaise, que la peau présente une teinte jaune, que le sujet soit d'un tempérament bilieux, ce sera la fièvre *bilieuse gastrique, méningo-gastrique, synoque bilieuse;* que la maladie commence par une faiblesse très-prononcée, de la diarrhée, que la langue soit blanche, la figure pâle, le pouls peu fréquent, ce sera la fièvre *muqueuse, pituiteuse, adéno-méningée;* que dès les premiers jours il y ait du délire, des soubresauts dans les tendons, des phénomènes nerveux variés, ce sera la fièvre *nerveuse, ataxique, maligne, cérébrale*, etc. ; que la maladie débute par de la faiblesse portée à l'extrême, que l'état de stupeur soit très-prononcé, la langue noire, les dents encroûtées, ce sera la fièvre *adynamique, putride, grave.*

Cette affection se présente quelquefois sous des apparences très-bénignes; souvent ce n'est qu'une fièvre continue (il peut même arriver que le mouvement fébrile soit à peine sensible), avec une très-grande faiblesse ; une céphalalgie plus ou moins intense, peu ou point de diarrhée; quelquefois il y a des rêvasseries la nuit; il survient aussi des taches typhoïdes et des sudamina. Cet état peut durer, sans s'accompagner d'aucun autre symptôme, 20, 30 et même 40 jours, comme je l'ai vu en 1830, chez un étudiant en médecine de mes amis, et sur une autre personne, au mois de février dernier. Cette variété de l'affection typhoïde a ordinairement une issue heureuse; mais il faut savoir que c'est sous cet état de bénignité apparente que se montrent le plus souvent les accidens de la perforation intestinale; ils sont faciles à reconnaître. En effet, à une époque plus ou moins avancée de l'affection, le malade ressent tout à coup dans un point de l'abdomen une douleur intolérable, qui se propage bientôt à toute cette cavité; le ventre devient tendu et douloureux; la face exprime l'anxiété et l'abattement; elle est grippée; le pouls est serré, petit et fréquent. La fièvre typhoïde a ordinairement une marche continente; mais il n'est pas rare d'observer des exacerba-

tions nocturnes quelquefois précédées de frisson : on les remarque surtout dans la forme bénigne.

Complications. L'affection typhoïde se complique souvent de diverses espèces d'éruptions herpétiques, furonculeuses, d'inflammation de la muqueuse gastrique et intestinale, de l'inflammation du cerveau et de ses membranes. Il y a une espèce de complication contre laquelle il faut être en garde, parce qu'elle est souvent latente, c'est la pneumonie : quelquefois elle se révèle par un peu de toux et de difficulté dans la respiration ; d'autres fois, elle ne présente aucun symptôme ; de manière que si on n'a pas soin d'ausculter souvent le malade, on peut la méconnaître totalement.

Durée. L'art parvient difficilement à enrayer la marche de cette terrible affection ; quelle que soit la médication qu'on emploie, quels que soient les sujets qui en sont atteints, il est rare qu'elle dure moins de 20 jours, et il arrive souvent qu'elle se prolonge jusqu'au 30e., 40e. et même 50e. jour.

Diagnostic. Lorsque l'affection typhoïde se montre avec l'ensemble de ses caractères distinctifs, le diagnostic en est facile ; il n'en est pas de même lorsqu'elle se présente sous sa forme bénigne ; il faut dans ce cas toute l'attention d'un observateur éclairé : cependant l'absence de tout symptôme d'une autre maladie, la faiblesse du malade qu'on ne peut rapporter à aucune lésion d'organes, mettront le praticien sur la voie ; et, s'il n'est pas totalement éclairé, il devra suspendre son jugement jusqu'à ce que de nouveaux symptômes viennent lever tous ses doutes.

Prognostic. Quoique le prognostic de l'affection typhoïde soit toujours très-grave, puisque la mort peut survenir dans les cas les plus favorables en apparence, il est certaines circonstances de la maladie, certains symptômes qui peuvent permettre au médecin de prononcer

avec plus de certitude. Le prognostic est grave quand la maladie attaque des individus affaiblis par des excès, des veilles prolongées, des affections morales tristes ; le prognostic est grave lorsque la maladie débute par des symptômes nerveux, tels que le délire, l'agitation extrême, les soubresauts des tendons, ou lorsque ces symptômes prédominent dans le cours de l'affection ; la mort est presque certaine lorsque la contraction des muscles est permanente. Le prognostic est grave, lorsque les hémorrhagies sont fréquentes : cependant, dans la première période, les épistaxis qui ne sont pas trop abondantes ne sont pas sensiblement nuisibles : elles semblent même dans quelques cas rares contribuer à la guérison ; nous en avons vu un exemple frappant à l'hôpital de la Charité : un homme âgé de trente ans, atteint d'une affection typhoïde bien caractérisée, fut pris, au 15e. jour de la maladie, à deux fois différentes, et dans la même matinée, d'épistaxis qui donnèrent lieu à l'écoulement de 6 à 8 palettes de sang ; dès ce moment, les symptômes diminuèrent rapidement d'intensité, et le malade entra en convalescence trois ou quatre jours après. Ces exemples sont peu fréquens, on doit s'opposer aux hémorrhagies pour peu qu'elles fatiguent le malade. Dans la seconde période, les hémorrhagies, surtout celles de la muqueuse intestinale, sont d'un mauvais présage. On voit cependant des exemples de guérison dans ces cas ; M. le docteur *Pierret* de Chaumont nous en a communiqué un exemple remarquable : appelé au 10e. jour d'une affection typhoïde dont était atteinte une jeune fille de Biesles (Haute-Marne), et qui du 25e. au 28e. jour présenta des hémorrhagies intestinales abondantes, suivies d'une prostration effrayante, ce praticien parvint à sauver cette malade en administrant, à chaque fois que l'hémorrhagie se renouvelait, des demi-lavemens froids gommés et acidulés avec le vinaigre, et en relevant les forces par l'emploi du quinquina en substance, et des révulsifs appliqués aux membres inférieurs.

Je saisis cette occasion pour offrir à M. le docteur *Pierret* un témoignage public de reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a constam-

ment témoigné et l'empressement qu'il a toujours mis à m'être utile toutes les fois que j'ai eu recours à son obligeance.

Quel est le siége de l'affection typhoïde? Est-elle le résultat de l'altération des glandes de PEYER ?

Si les symptômes graves que l'on remarque dans l'affection typhoïde sont dus à l'altération des glandes de *Peyer*, il faut : 1°. que cette lésion soit constante ; 2°. il faut qu'elle soit en rapport avec les symptômes.

La lésion des plaques de PEYER *est-elle constante ?*

Si l'on recherche attentivement dans les auteurs qui ont écrit sur cette matière, on ne tarde pas à trouver des observations d'affection typhoïde où l'autopsie n'a démontré aucune lésion des glandes de *Peyer*. Des faits de cette nature ont été observés, à ce que rapporte M. le docteur *Ruef* (Archives générales de médecine, tom. 1^er^, 1833), par M. *Alisson*, à Édimbourg, et M. *Newmann*, à Berlin. On trouve dans l'ouvrage de M. *Louis* sur la gastro-entérite l'observation d'un homme qui, après avoir offert pendant la vie tous les symptômes d'une affection typhoïde grave, ne présenta à l'autopsie, à cet observateur étonné, non-seulement aucune altération des glandes de *Peyer*, mais encore aucune altération qui pût expliquer la mort. M. *Louis* fait tous ses efforts pour prouver que ce fait ne détruit point l'opinion de ceux qui regardent l'altération des glandes de *Peyer* comme l'essence de la maladie : il dit que ce cas pouvait ne pas être une affection typhoïde. Mais les symptômes observés sur ce malade étaient ceux de l'affection typhoïde; leur succession se faisait dans le même ordre, leur gravité, leur durée était la même : comment se refuser à admettre identité d'affection ? Si ce fait était isolé dans la science, cet habile et consciencieux observateur pourrait se rejeter sur une erreur de diagnostic, mais d'autres faits viennent le confirmer et lui donner plus de force. Dans le courant de l'année 1829, M. *Dalmas* a observé un ma-

lade âgé de quinze ans, qui, après avoir offert pendant la vie tous les symptômes de l'affection typhoïde, ne présenta à l'autopsie aucune lésion du tube digestif.

M. le docteur *Martinet* a publié un fait semblable dans le tome LXVI de la Bibliothèque médicale. Nous en voyons un grand nombre dans la clinique de M. *Andral*, tom. III. L'*observation* 41 de cet intéressant ouvrage nous offre l'exemple d'un tailleur de pierre qui, après avoir éprouvé pendant la vie tous les symptômes de l'affection typhoïde, n'a montré à l'autopsie qu'un léger érythème de la muqueuse digestive, mais aucune lésion des glandes de *Peyer*. Dans l'*observation* 44, nous voyons un malade d'une forte constitution qui, après des symptômes très-prononcés d'affection typhoïde, ne présenta à l'autopsie qu'une injection assez vive des méninges, une légère rougeur de quelques points de la muqueuse digestive, mais aucune lésion des plaques de *Peyer*. Ces observations, que nous ne voulons pas multiplier, suffisent pour démontrer la fausseté de l'opinion de ceux qui pensent que le siége de l'affection typhoïde gît dans l'altération des glandes de *Peyer*.

L'altération des glandes de Peyer *est-elle en rapport avec les symptômes de l'affection typhoïde ?*

Il est facile de démontrer qu'il n'y a le plus souvent aucune espèce de rapport entre cette lésion et la gravité des symptômes ; il arrive très-souvent qu'après les phénomènes les plus graves, tels que le délire continuel, la stupeur fortement prononcée, la raideur tétanique des membres, des évacuations abondantes et involontaires, on ne trouve qu'une tuméfaction légère de quelques glandes de *Peyer*. MM. *Petit* et *Serres* en présentent des exemples dans la première partie de leur ouvrage sur la fièvre entéro-mésentérique ; M. *Andral* en donne aussi quelques-uns de ce genre (Clinique médicale, t. III, obs. 1 et 2). D'autres fois, on rencontre trois, quatre, cinq ou six plaques ramollies ou ulcérées (Clinique médicale, tom. III, obs. 10, 20 et 25). Ces faits se montrent en grand nombre dans les auteurs ; on en trouve

plusieurs dans le deuxième volume de l'ouvrage de M. *Louis* sur la gastro-entérite ; nous en avons observé nous-même très-souvent. Dans ces cas, qui sont si nombreux, peut-on soutenir que l'altération du tube digestif est le point de départ des accidens? Quel rapport y a-t-il entre la cause et l'effet? Quelque impressionnables qu'on suppose les malades, quelque activité qu'on suppose aux sympathies, on ne pourra jamais expliquer, d'une manière qui satisfasse complètement un esprit dégagé de théories et d'idées préconçues, les symptômes de l'affection typhoïde par l'altération du tube digestif. Une autre preuve que les symptômes de la maladie qui nous occupe sont indépendans de l'altération des glandes de *Peyer*, c'est que dans la lésion la plus grave de ces organes, celle qui donne lieu à la perforation de l'intestin, les symptômes généraux sont le plus souvent nuls; et les accidens qui annoncent que la membrane péritonéale est perforée viennent surprendre le malade, au moment où il se croyait en convalescence, et lorsque le médecin avait le plus grand espoir de le sauver.

Si l'altération des glandes de *Peyer* n'est pas constante; si lorsqu'elle existe elle n'est pas le plus souvent en rapport avec les symptômes; d'un autre côté si, d'après les observations de M. *Dance*, il est probable que la lésion des glandes de *Peyer* se rencontre dans d'autres maladies que l'affection typhoïde, il faut bien en conclure que cette lésion ne constitue point la maladie, qu'elle n'en est qu'un accident, qu'une complication ; il faut rechercher ailleurs le siége de cette affection.

L'affection typhoïde est-elle une gastro-entérite?

Un parallèle rapide et concis mettra dans tout son jour l'énorme différence qui sépare ces deux maladies : la *gastro-entérite* reconnaît ordinairement pour cause l'ingestion d'alimens peu faciles à digérer, de poisons, etc. ; l'*affection typhoïde* laisse difficilement distinguer les causes qui la produisent; dans la *gastro-entérite*, la céphalalgie est peu forte : dans l'*affection, typhoïde* elle est intense; dans la *gastro-entérite*,

il n'y a ni vertiges, ni bourdonnemens, ni tintemens d'oreilles : dans l'*affection typhoïde*, ces phénomènes sont constans ; dans la *gastro-entérite*, la figure offre l'expression qui lui est habituelle, le malade conserve constamment l'exercice de ses facultés intellectuelles ; les cas où le contraire s'observe sont très-rares : dans l'*affection typhoïde*, la figure présente toujours un état de stupeur remarquable, les facultés intellectuelles sont plus ou moins altérées ; dans la *gastro-entérite*, le mouvement fébrile est peu intense : dans l'*affection typhoïde*, la circulation présente une accélération remarquable ; dans la *gastro-entérite*, la chaleur est peu élevée, la peau est rarement sèche, elle est plutôt couverte de sueurs continuelles : dans l'*affection typhoïde*, la chaleur est très-intense et la peau presque constamment d'une sécheresse extrême ; dans la *gastro-entérite*, il y a au début des douleurs très-vives à l'épigastre, des vomissemens fréquens, exaspérés par les mouvemens et les boissons : dans l'*affection typhoïde*, il y a rarement des symptômes gastriques ; quand il s'en présente, ils surviennent presque toujours entre le dixième et le trentième jour de la maladie ; on ne peut regarder comme tels l'aspect de la langue, qui, dès le début, est quelquefois brune, fendillée ; cela dépend uniquement de l'état général du malade. MM. *Louis* et *Andral* ont trouvé la langue brune, fendillée dans des cas où l'autopsie a fait reconnaître un état sain de l'estomac, et ils l'ont vue conserver son état naturel dans des cas où l'estomac présentait plusieurs ulcérations. Dans la *gastro-entérite*, il y a des douleurs abdominales vives, très-souvent des selles, fréquemment répétées, et la faiblesse est proportionnée au nombre et à l'abondance des évacuations : dans l'*affection typhoïde*, les douleurs abdominales sont peu vives, se bornent à la région iliaque droite, et la faiblesse n'est jamais en proportion des évacuations, qui sont rares et peu abondantes ; dans la *gastro-entérite*, les taches typhoïdes se présentent très-rarement et jamais en grand nombre : dans l'*affection typhoïde*, elles sont constantes ; il en est de même des sudamina ; dans la *gastro-entérite*, les épistaxis, les spasmes sont très-rares : dans l'*affection typhoïde*, ces symptômes se montrent fréquemment. La *gastro-entérite* acquiert son plus haut

degré d'intensité dès le début ; elle ne dure que dix à douze jours : l'*affection typhoïde* n'atteint son maximum de gravité que successivement, et met trente ou quarante jours à parcourir toutes ses périodes ; dans la *gastro-entérite*, les malades succombent rarement : dans l'*affection typhoïde*, il périt un malade sur cinq, sur quatre, quelquefois même un sur trois. Les lésions anatomiques n'offrent pas des différences moins grandes : dans la *gastro-entérite*, la muqueuse de l'estomac est toujours rouge, ramollie, avec amincissement ou épaississement : dans l'*affection typhoïde*, l'estomac est le plus souvent dans toute son intégrité, et lorsqu'il est altéré, les symptômes qui ont annoncé cette altération n'ont paru que dix ou douze jours après le début ; dans la *gastro-entérite*, la muqueuse de l'intestin présente toujours des traces d'inflammation : dans l'*affection typhoïde*, la muqueuse est le plus fréquemment dans l'état normal, mais on rencontre le plus constamment une altération plus ou moins profonde des glandes de *Peyer* ou de *Brunner* ; les ganglions mésentériques sont engorgés, volumineux, ramollis, ainsi que la rate et le foie, ce que l'on ne trouve point dans la *gastro-entérite*. Les différences qui existent entre la gastro-entérite et l'affection typhoïde sont trop tranchées pour qu'on puisse regarder ces deux maladies comme identiques.

Si l'affection typhoïde n'est le résultat ni d'une altération des glandes de *Peyer*, ni de l'inflammation de la muqueuse digestive, quel est le siége de cette maladie? Dans l'état actuel de la science, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de résoudre cette question d'une manière positive ; on ne doit donner son opinion qu'avec réserve, que sous la forme du doute, que comme une hypothèse que pourront détruire des travaux subséquens et une observation plus attentive. Cependant, les symptômes nerveux qui prédominent dans cette maladie, sans lésion appréciable des organes de l'innervation et sans que les sympathies puissent les expliquer, l'état du sang, qui paraît moins consistant, la difficulté qu'il présente à se coaguler et à se couvrir d'une couenne, la mollesse du coagulum et de la couenne, le ramollissement, l'engorgement, la flaccidité des organes qui reçoivent une

grande quantité de sang, nous portent à penser que l'affection typhoïde consiste dans une modification particulière du système nerveux, et dans une altération du sang, soit primitive, soit consécutive à la lésion des centres nerveux.

Lésions anatomiques.

État extérieur. Les sujets qui succombent du huitième au dixième jour ne paraissent pas sensiblement amaigris; mais ceux qui périssent du trentième au quarantième jour de l'affection sont très-souvent dans le marasme le plus complet: la peau présente souvent des altérations là où on a appliqué des rubéfians.

Encéphale. Les membranes du cerveau sont presque constamment dans l'état normal, quelquefois elles sont injectées; le cerveau a sa couleur, sa consistance habituelles; on le trouve rarement injecté et ramolli; dans ce cas, on rencontre aussi une infiltration sous-arachnoïdienne; cette infiltration peut exister aussi sans altération du cerveau: les ventricules contiennent plus ou moins de sérosité.

Tube digestif. Le *pharynx*, ainsi que l'*œsophage*, quoique le plus ordinairement sains, présentent quelquefois de petites ulcérations qui tantôt n'intéressent que la membrane muqueuse, et tantôt pénètrent jusqu'à la tunique musculeuse: cette altération semble propre à l'affection typhoïde. L'*estomac* est le plus souvent sain; on remarque assez rarement un ramollissement plus ou moins étendu de la membrane muqueuse, avec ou sans amincissement; des ulcérations plus ou moins nombreuses; un état mamelonné de la muqueuse, soit seul, soit accompagné de ramollissement et d'ulcérations. L'*intestin grêle* a rarement sa muqueuse rouge, ramollie, manifestement enflammée; mais on y trouve presque constamment une lésion plus ou moins grand des follicules intestinaux, soit isolés, soit rapprochés.

Les follicules intestinaux sont de petites ampoules aplaties présentant une partie rétrécie en forme de goulot et percée d'une pe-

tite ouverture obliquement, dirigée en bas ; ils sont situés au-dessous de la membrane muqueuse, à laquelle ils adhèrent par leur extrémité ouverte ; leur volume et leur nombre varient dans les différens points du tube digestif ; lorsqu'ils sont isolés, on leur donne le nom de *glandes de Brunner ;* lorsqu'ils sont réunis en plus ou moins grand nombre, on les appelle *glandes de Peyer.* Les glandes ou plaques de *Peyer*, dont les conduits excréteurs sont deux ou trois fois moins nombreux que les follicules qui entrent dans leur composition, présentent à leur surface des saillies et des enfoncemens qui ne sont bien apparens qu'à la longue ou que dans un état assez avancé d'inflammation. Ces plaques sont situées sur le bord libre de l'intestin ; elles sont plus multipliées et composées d'un plus grand nombre de follicules à mesure qu'elles se rapprochent de la fin de l'intestin grêle et de la valvule iléo-cœcale.

L'altération des glandes de *Peyer*, qui est, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus marquée que ces organes sont plus voisins du cœcum, se présente sous deux formes distinctes. — *Première forme.* Souvent les plaques ne se font remarquer que par une saillie un peu plus considérable que dans l'état normal ; d'autres fois elles sont très-proéminentes, mamelonnées, et présentent une multitude de petits points noirs qui sont les orifices des follicules ; le tissu cellulaire sous-muqueux est épaissi et rouge ; enfin elles offrent des ulcérations avec destruction complète ou incomplète de la muqueuse. Le tissu cellulaire sous-muqueux est quelquefois détruit, et l'ulcération repose sur la membrane musculeuse, qui peut elle-même être perforée ainsi que la membrane péritonéale. — *Deuxième forme.* Elle ne diffère de la précédente que parce que le tissu cellulaire, au lieu d'être épaissi, rouge, ramolli, est transformé en une matière homogène sans organisation appréciable, et d'une teinte jaunâtre ; elles ressemblent à des escharres gangréneuses. Ces deux espèces d'altérations, dont la première est beaucoup plus fréquente que la seconde, se rencontrent le plus souvent sur le même sujet. L'inflammation des glandes de *Brunner* se présente sous la forme de granulations miliaires, isolées,

rouges, ramollies ou ulcérées. La muqueuse qui sépare et les plaques de *Peyer* et les glandes de *Brunner* est ordinairement exempte d'altération.

Le gros intestin offre les mêmes altérations que l'intestin grêle ; il est le plus souvent distendu par des gaz. Les *ganglions mésentériques* sont volumineux, engorgés, ramollis, quelquefois remplis de pus ; leur altération semble être consécutive à celle de l'intestin.

A quelle époque de la maladie apparaît la lésion des glandes de *Peyer ?* Tout fait penser qu'elle coïncide avec le début de la maladie. MM. *Bretonneau* et *Andral* ont rapporté des cas d'individus morts au cinquième et au sixième jour de la maladie, et chez lesquels l'autopsie a fait voir une altération des follicules agminés. M. *Louis* a aussi observé cette lésion au bout de huit jours. Nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui pensent que l'altération des glandes de *Peyer* a une marche déterminée et invariable dans chaque période de la maladie ; et, en effet, tantôt les plaques sont ramollies et ulcérées au bout de dix à douze jours, et tantôt elles ne se présentent, au bout de vingt ou trente jours, que sous la forme d'élevures plus ou moins saillantes, et sans aucune trace d'ulcération.

La rate est volumineuse, ramollie, gorgée de sang. *Le foie* a moins de cohérence que dans l'état normal ; il a plus de volume, il est gorgé de sang ; sa couleur est plus foncée ; la bile est souvent très-liquide et très-abondante.

Organes de la circulation. On trouve ordinairement le cœur flasque, ramolli, et les artères d'un rouge plus ou moins vif.

Organes de la respiration. L'*épiglotte* présente souvent de petites ulcérations qui peuvent détruire non-seulement la membrane muqueuse, mais encore le fibro-cartilage. Ces ulcérations, de même que celles du pharynx et du larynx, ne se voient dans aucune autre maladie aiguë que l'affection typhoïde. Le *larynx* et la *trachée-artère* sont presque constamment dans l'état normal ; rarement ils présentent de la rougeur : il en est de même des *bronches*. Les *poumons* sont souvent sains ; on peut y trouver une inflammation au premier ou au

second degré ; quelquefois le parenchyme d'une partie des poumons est splénisé, comme carnifié. Cette espèce d'altération, totalement différente de celles qui sont produites par une inflammation franche, occupe toujours la partie postérieure et inférieure de l'organe. Elle a été désignée, dans ces derniers temps, par M. *Piorry*, sous le nom de *pneumonie hypostatique*. *Les plèvres* sont quelquefois enflammées ; leur cavité contient assez souvent du liquide, sans qu'il y ait des traces d'inflammation.

Traitement.

Un grand nombre de traitemens ont été mis en usage contre cette dangereuse affection ; ils ont tour à tour été prônés et rejetés, comme tout ce qui est basé sur des théories et non sur l'expérience et l'observation. Nous pensons qu'il ne faut pas rejeter ou adopter exclusivement telle ou telle méthode de traitement, qu'il faut puiser dans toutes, les modifier selon les circonstances, la constitution des malades, leur état antérieur, etc., etc. Si les sujets n'ont point été exposés à des causes débilitantes manifestes, s'ils sont jeunes et vigoureux, on pourra pratiquer une ou deux saignées dans les premiers jours de la maladie ; après le dixième jour, les émissions sanguines ont toujours paru défavorables. Si des symptômes cérébraux se montrent dès le début, on appliquera en même temps des sangsues derrière les apophyses mastoïdes ou le long des veines jugulaires ; on fera des applications froides sur le front ; on se trouvera bien aussi de cataplasmes sinapisés placés aux extrémités inférieures ; il faudra surveiller leur action et les enlever s'ils accélèrent sensiblement la circulation et s'ils augmentent la sécheresse de la peau. S'il survient des épistaxis dans la première période, on peut ne pas arrêter l'écoulement du sang, s'il n'est pas trop abondant ; dans le cas contraire, on emploiera les réfrigérans et le tamponnement, s'il est nécessaire.

Si les hémorrhagies surviennent dans la deuxième période, on doit, de toute nécessité, s'efforcer de les arrêter. C'est dans cette période qu'on a surtout recours aux révulsifs ; nous préférons les sina-

pismes, parce qu'on est moins exposé à voir survenir la gangrène : si cependant on se décide à employer les vésicatoires, il faut les renouveler souvent et ne pas les entretenir long-temps dans la même place.

Il est un médicament très-souvent utile dans la deuxième période, mais dont l'emploi demande le tact d'un observateur exercé : c'est le quinquina. Il est difficile de tracer des règles fixes pour son administration ; c'est au médecin à deviner pour ainsi-dire les cas où il peut être utile et la mesure dans laquelle il doit être prescrit. On l'administre avec avantage lorsque le visage est pâle, lorsque la chaleur est peu intense, le pouls faible et tremblant ; nous l'avons vu aussi employer quelquefois avec succès lorsqu'il y avait des exacerbations présentant des symptômes graves, soit qu'elles fussent ou non précédées de frissons : c'est dans ces cas qu'il faut être sur ses gardes et qu'on doit le suspendre s'il augmente la sécheresse de la peau et s'il active la circulation. L'emploi du vin demande encore plus de circonspection que le quinquina ; on l'a employé dans les cas où il y avait une grande faiblesse sans symptômes d'excitation ; le délire et l'assoupissement, qui ne contre-indiquent point l'administration du quinquina, font proscrire le vin. Quant au camphre, à l'arnica, au musc, au castoréum, et toute la série des excitans long-temps vantés dans le traitement de cette maladie, on doit les rejeter constamment ou ne s'en servir qu'avec beaucoup de précautions.

Dans les cas de complication d'inflammation, soit du cerveau, des méninges ou des poumons, etc., on emploiera hardiment les émissions sanguines générales, si elles se présentent dans les premiers jours de la maladie ; si elles ne surviennent qu'après le dixième jour, on se bornera aux saignées locales, si le pouls conserve de la force ; si, au contraire, il est petit et faible, et la peau peu chaude, on aura recours aux révulsifs.

Dans ces derniers temps, M. le professeur *Chomel* a essayé l'emploi des chlorures à l'intérieur, en potions, en lavemens, et à l'extérieur en lotions : cette médication, qui a si bien réussi entre les mains de cet habile praticien, peut et doit être combinée avec celle que nous venons d'indiquer.

PROPOSITIONS.

I.

L'hémoptysie qui survient sans cause appréciable, comme un coup, une chute, la rétention des règles, chez un sujet offrant toutes les apparences de la santé, est ordinairement un symptôme de phthisie tuberculeuse.

II.

Presque tous les malades chez qui on trouve des tubercules soit dans les ganglions du cou ou du mésentère, soit dans les intestins, en présentent aussi dans les poumons.

III.

Les péritonites chroniques sont presque toujours produites par une affection tuberculeuse.

IV.

La péricardite survient souvent dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, *et vice versâ.*

V.

Dans les pneumonies où les émissions sanguines abondantes n'ont procuré aucune amélioration sensible, on peut employer avec avantage le tartre stibié à haute dose.

FIN.